

Le projet 107 est-il anti psychiatrique ?

Même si elle a été élaborée à partir de modèles internationaux différents (Birmingham, Lille, Trieste, Québec, Lausanne, etc.) qui tentent à leur tour de combiner divers intérêts nationaux, la réforme des soins en santé mentale, dite «projet 107», semble avoir principalement comme fondement philosophique l'antipsychiatrie. Ses objectifs sont d'éviter le plus possible l'hôpital psychiatrique et de procurer des soins ou de l'aide à ceux qu'on appelle désormais «usagers» (anciennement «patients»), sans tenir compte d'un diagnostic ou d'une psychopathologie. Il s'agit en fait de défendre *«l'émergence du droit de chaque personne à la prise en main de ses responsabilités, à la mise en place de comportements de responsabilisation, d'indépendance, l'appropriation de ses propres ressources plutôt que le renforcement des comportements de dépendance.»*¹ Ce sont ces mêmes principes que défend le courant antipsychiatrique depuis les années soixante: l'anti-institution, l'anti-nosographie et la défense inconditionnelle des droits du patient considéré dès lors comme responsable de ce qui lui arrive. Pourquoi pas? Même si cela reste une spécificité de la psychiatrie qui en dit long sur la complexité de la discipline,² ce choix nous aura au moins permis d'échapper à l'absurdité d'une réforme visant à établir des circuits de soins à partir de diagnostics ou de pathologies (un circuit de soins pour les psychotiques, un autre pour les toxicomanes, un troisième pour les troubles alimentaires, etc.). Donc, pourquoi pas l'antipsychiatrie? D'autant plus que celle-ci s'appuie sur des constats dont on ne peut nier la véracité: folie, psychose ou schizophrénie restent l'objet d'exclusion; mêmes si leur réalité

n'est heureusement plus comparable à ce qu'elle était dans les années soixante, l'hôpital psychiatrique peut être un des lieux de cette exclusion et le modèle médical qui y règne alors généralement n'est pas adapté aux problématiques psychiatriques.

Néanmoins, il est légitime de s'inquiéter face au risque potentiel qu'implique les fondements d'une telle réforme: il faut empêcher que se perpétuent les erreurs ou les méconnaissances qui, traditionnellement, depuis Foucault et Basaglia, sont véhiculées au sein des courants antipsychiatriques. Si on ne prend pas conscience de ces méprises, on risque bien de voir les choses empirer, à défaut d'obtenir leur amélioration.

Reprenons un par un les thèmes principaux de l'antipsychiatrie.

L'asile de Pinel et la psychothérapie institutionnelle

Les principes «anti-institution» du mouvement antipsychiatrique reposent, d'une part, sur le constat fait par Erving Goffman en 1961 dans son essai *Asiles*, et, d'autre part, sur la thèse de Michel Foucault selon laquelle l'asile aurait été créé dans le but de participer à l'exclusion de la folie. Ainsi, l'asile ou hôpital psychiatrique ne servirait qu'à exclure les fous/psychotiques/schizophrènes. Il aggraverait de surcroît l'oppression sociale, culturelle et économique dont ils sont victimes. Le psychiatre cautionnerait cette exclusion par un discours médical pseudoscientifique et l'entretiendrait, voire même la renforcerait, en chronicisant ces patients dans un lieu ségréga-

1. JACOB B., www.aqrp-sm.org/colloque/resumes/xive/ouverture_xive-jacob-sum.pdf, consulté le 14/5/2013 à 15h53.

2. Il s'agit de la seule spécialité médicale qui connaisse en son sein un mouvement «anti». La médecine n'a pas connu un mouvement anti-néphrologique ou anti-ophtalmologique, par exemple.

tionniste. Les travaux de Marcel Gauchet et Gladys Swain³ ont corrigé la thèse de Michel Foucault. Ils ont d'abord rappelé que les pouvoirs publics et la collectivité n'ont pas attendu les psychiatres et l'asile pour enfermer les fous. Depuis le XVI^e siècle et jusqu'au XVIII^e siècle, partout en Europe, les pouvoirs publics condamnaient la mendicité et l'errance et ordonnaient l'enfermement des mendiants. Les fous subissaient le même sort que toute une série d'autres laissés-pour-compte et de marginaux. Mais Gauchet et Swain ont démontré que la psychiatrie et l'asile sont précisément nés de l'espoir d'extraire les fous de ces lieux où ils étaient assimilés à d'autres problématiques sociales. L'objectif était de les soigner, par le biais d'un «traitement moral⁴» et leur permettre de la sorte de retrouver leur place au sein de la communauté. L'asile n'est donc pas né d'une volonté d'exclure mais bien de prodiguer des soins. La psychiatrie⁵, ainsi, ne naît pas d'un désir d'exclusion ni de soumission mais bien au contraire d'une logique de soins et d'intégration. Et cela n'est possible qu'à partir d'un nouveau paradigme de la folie. Pinel révolutionne les conceptions de la folie en prétendant que le fou n'est pas totalement fou, que la

personne insensée n'est pas totalement hors du sens.⁶ C'est cette reconnaissance de la folie en tant qu'état potentiellement partiel qui permet d'espérer un traitement: l'idée de la possibilité de la curabilité de la folie s'ouvre enfin aux médecins. Il s'agit pour les médecins spécialisés «d'entrer dans l'esprit» des aliénés, de s'appuyer sur ce qui leur reste de raison pour enfin les «diriger» vers la guérison. La folie ne s'oppose plus à la raison et il n'est donc plus question d'exclure le fou qui dès lors doit être pensé d'abord parmi ses semblables (à l'intérieur de l'asile) et ensuite ramené dans le cercle de nos semblables (à l'extérieur de l'asile). Ce n'est que dans un deuxième temps que la psychiatrie va adopter l'objectivisme propre aux sciences médicales. Ce n'est qu'une fois ancrée la conviction que coexistent l'état de la folie avec l'état résiduel de raison qu'il devient intéressant de décrire et de classer méthodiquement les manifestations psychopathologiques de la folie. Celle-ci apparaît subitement sous une multiplicité de formes, alors qu'elle avait toujours été considérée jusque-là comme unique et totale. Ce n'est donc que dans un second temps que la psychiatrie rejoint le modèle médical avec ses exigences de positivisme.⁷ Et c'est à partir de ce moment-là que les critiques de Foucault sont sans aucun doute plus légitimes. Il est capital cependant de ne pas faire l'impasse sur les positions de départ de Pinel et de la psychiatrie: là où Foucault dénonce la désobjectivation du fou de par l'objectivisation de la folie à travers le regard filtré de la psychiatrie, il est question, au contraire, chez Pinel, d'une rupture qui permet d'appréhender la personne en état de folie en tant que sujet. Les racines de la psychiatrie et de l'institution psychiatrique ne résident donc pas dans une volonté d'exclusion de la folie hors du champ social, elles s'appuient sur un rapprochement entre la folie et la raison. Si l'on oublie cela, on se trompe de cible. Que les espoirs thérapeutiques de Pinel et des premiers aliénistes aient été instrumentalisés par un souci politique de gestion de l'hygiène publique et par des considérations d'ordre sécuritaire est bien possible mais ce n'était pas leur intention initiale. La réforme actuelle n'est d'ailleurs, elle aussi, pas à l'abri d'une récupération d'ordre politique centrée davantage sur des aspects sécuritaires ou des intérêts économiques. Et si cette réforme ferme trop de lits psychiatriques, on risque de voir l'histoire se répéter: «nos

3. GAUCHET (M.) et SWAIN (G.), *La pratique de l'esprit humain: L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris: Gallimard, 1980. Gauchet et Swain, dans cet ouvrage, renversent la thèse de Michel Foucault développée dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*.

4. «Moral» ici n'est pas à comprendre au sens de «la morale», mais dans le sens où ce terme s'oppose au terme «physique». Le traitement moral s'oppose aux divers traitements physiques souvent appliqués aux patients. Il fait appel aux facultés intellectuelles, aux sentiments, aux «passions» du patient et non plus aux traitements qui visent le corps du malade. Il s'agit d'entrer en contact avec lui, de gagner sa confiance pour ensuite le diriger vers des pensées qui peuvent être qualifiées de plus raisonnables.

5. Rappelons quand même, pour être historiquement correct, que le terme de «psychiatrie» n'est pas encore utilisé à l'époque de Pinel. A cette époque, il était question de «médecine des aliénés» pratiquée par des «aliénistes».

6. Pinel défend l'existence des «aliénations intermittentes» et il décrit qu'après (voire pendant) les accès de folie, (de «manie»), le sujet peut maintenir un certain détachement par rapport à son état de délire.

7. A partir du moment où la médecine se fonde uniquement sur un paradigme expérimental et positiviste, elle n'est plus capable d'aborder des phénomènes tels que la folie ou le délire. La dimension anthropologique des pathologies psychiatriques lui échappe alors totalement. Or la folie n'est pas en marge de l'homme; elle est inscrite au centre même de chaque être humain en tant qu'instabilité constitutive. De même, le délire touche à la question de la pensée de l'homme qu'il ne sera jamais possible de réduire à des phénomènes physiques et chimiques. Les phénomènes psychiatriques sont spécifiques à la pensée de l'homme et comparer ou assimiler la folie/psychose à des déficits intellectuels et cognitifs ou à un diabète, par exemple, est une erreur qui ne permet plus de traiter correctement les problèmes propres aux pathologies psychiatriques.

fous» vont se retrouver dans d'autres lieux résidentiels (prisons, maisons privées⁸,...) qui disposent de moins de moyens et qui accueillent déjà toute une série d'exclus sociaux.

Faire sortir les patients, les usagers de l'hôpital psychiatrique pour les enfermer d'une autre façon dans des structures marquées par la relégation et l'exclusion ne nous semble en aucun cas relever d'un quelconque progrès social. De plus, certains fous/psychotiques/schizophrènes ont besoin de longs séjours résidentiels dans des structures adaptées. Aussi, plutôt que de restreindre l'institution hospitalière, nous prôtons d'en renforcer son potentiel thérapeutique et rejoignons par là le courant de la psychothérapie institutionnelle. Celle-ci s'est opposée à l'antipsychiatrie anglo-saxonne ou italienne: là où les Italiens préconisaient la fermeture des lits psychiatriques, elle se fixait comme objectif de «soigner l'hôpital». Son intention n'était pas de fermer les hôpitaux mais elle insistait sur la nécessité de repenser et de remettre en cause l'institution, notamment en mettant en place des moyens de toute sorte pour lutter chaque jour contre le risque de faire basculer l'ensemble du collectif dans une structure concentrationnaire ou ségrégative.

Soigner le lien social

La psychothérapie institutionnelle essaie donc de construire un dispositif résidentiel thérapeutique qui puisse soigner la problématique principale de la psychose: la difficulté, voire l'impossibilité pour le psychotique de s'intéresser aux choses de la collectivité et d'entrer en contact d'une manière adéquate avec les autres et avec les structures qui organisent la vie en collectivité. Tous les grands auteurs dans le champ de la psychiatrie ont souligné cet aspect de la psychopathologie de la folie/psychose/schizophrénie. C'est peut-être la formule de Jacques Schotte qui résume le mieux cet aspect de la problématique psy-

chotique: «*si le social est la communication dans l'espace, et l'histoire la sociabilité dans le temps, alors celui qui souffre de troubles psychotiques est dans cette incapacité douloureuse de construire pleinement le social et l'historique*». Il faut bien sûr créer des Centres de Réadaptation Fonctionnelle et viser une réinsertion sociale et professionnelle, mais que l'on n'oublie pas pour autant qu'il s'agit là d'un idéal, d'un objectif, qu'un grand nombre de patients

ne pourront pas atteindre, ou, du moins, pas totalement. C'est pour ces raisons que des structures plus communautaires restent nécessaires: pour y essayer au quotidien de travailler avec les patients leur difficulté à nouer des liens sociaux adéquats. Il ne s'agit pas d'associer la folie à un dysfonctionnement irréversible mais de reconnaître que, dans la psychose, nous sommes confrontés à une défection du lien social et que cette défection peut être subie mais est aussi parfois présentée comme décidée et revendiquée par la personne. Évidemment, ce dernier point met à mal les meilleures intentions et les plans

d'actions volontaristes. C'est également par rapport à cette difficulté à faire lien social que des hospitalisations en hôpital psychiatrique se justifient pleinement: certains patients ont besoin de temps (plusieurs mois, voire quelques années) et d'espace (davantage qu'un couloir dans un hôpital général) dans un milieu suffisamment équipé en soins, dans un lieu suffisamment contenant et accueillant pour y multiplier les expériences d'échanges et de contacts humains avant qu'un retour au sein de la communauté soit possible. Pour ces pathologies plus lourdes, l'hôpital est et reste, bien entendu, un lieu de soins et de réhabilitation.

La réforme actuelle n'est [d'ailleurs], elle aussi, pas à l'abri d'une récupération d'ordre politique centrée davantage sur des aspects sécuritaires ou des intérêts économiques. Et si cette réforme ferme trop de lits psychiatriques, on risque de voir l'histoire se répéter: «nos fous» vont se retrouver dans d'autres lieux résidentiels (prisons, maisons privées,...) qui disposent de moins de moyens et qui accueillent déjà toute une série d'exclus sociaux.

8. Il s'agit de maisons non agréées qui accueillent parfois dans un même lieu des dizaines de patients et cela sans aucune norme (si ce n'est les normes incendies). La plupart des hôpitaux psychiatriques participant à la réforme ont décidé de fermer des lits T et certains patients qui occupaient ces lits ont été transférés dans ces maisons privées.

La définition et la classification des pathologies psychiatriques

La question de la définition et de la classification est capitale en psychiatrie car la manière dont on définit un phénomène détermine la manière dont on l'aborde. La réforme a fait le choix d'éviter ou de nier la question de la définition des pathologies psychiatriques. Elle se propose plutôt d'aider les personnes confrontées à des problèmes de «santé mentale» à partir des difficultés auxquelles elles sont confrontées, sans se poser la question de la psychopathologie. On retrouve ainsi la position de Franco Basaglia qui n'a jamais nié l'existence des pathologies psychiatriques mais estimait que pour entrer en relation avec les patients, il était nécessaire de «mettre entre parenthèse la définition et l'étiquetage.»⁹ Cette position reprise par la réforme pose deux problèmes; d'abord, il n'est structurellement pas possible d'éviter la question de la classification pour la simple raison qu'il n'est pas possible de penser un phénomène sans le définir et, dès lors, le classer. En outre, d'un point de vue plus pragmatique, le concept de «santé mentale», sur lequel la réforme s'appuie en substitution des pathologies psychiatriques, est nébuleux: il n'existe aucune borne entre la santé mentale et les problèmes existentiels. Ainsi, tout le monde a, quotidiennement, des problèmes de santé mentale. L'anosographie choisie par la réforme repose dès lors la question des limites¹⁰ d'intervention de chaque intervenant du réseau. Où s'arrêtent les indications d'intervention des équipes mobiles, par exemple? Au risque de se limiter à des problématiques moins sévères et plus gratifiantes pour les soignants: les

dépressions, les troubles anxieux, les problèmes d'éthylisme,...

Habituellement, ce reproche adressé à la classification psychiatrique fait partie d'une critique plus générale adressée au paradigme médical de la psychiatrie: «il faut démedicaliser la psychiatrie», estime-t-on. Le modèle médical classique (étiologie/sémiologie/diagnostic/traitement/pronostic) n'est effectivement pas applicable tel quel à la psychiatrie. Mais il est néanmoins possible de mettre en question le modèle médical psychiatrique tout en tâchant de délimiter le champ des pathologies psychiatriques et en maintenant un modèle de classification de ces pathologies.¹¹ Notre ouvrage sur Schotte,¹² ainsi qu'un autre qui, nous l'espérons, paraîtra prochainement, proposent des tentatives pour défendre un autre paradigme médical pour la psychiatrie.

Droits et responsabilité

Last but not least: il reste encore à envisager la question de la liberté et de la responsabilité du patient qui souffre de troubles psychiatriques. C'est bien entendu la question éthique principale qui se pose au sujet de l'ensemble des soins psychiatriques, quels que soient les lieux où ils sont administrés. Certains chapitres peu glorieux de l'histoire de la psychiatrie nous rappellent les dérives auxquelles peut mener un paternalisme excessif et coupable de la déresponsabilisation totale de celui dont on estime qu'il a totalement perdu la raison. On ne peut donc que se réjouir du fait que, depuis quelques décennies, les droits du patient s'appliquent désormais également aux patients souffrant de pathologies psychiatriques. Il va de soi qu'il est fondamental de soutenir ce combat au quotidien. Mais il s'agit là aussi d'être attentif car l'affirmation sans nuance de la responsabilité du patient risque de se retourner contre lui: dès le moment où il devient responsable de ses choix et de ses décisions, il a inévitablement des comptes à rendre. Le toxicomane est-il responsable de ses consommations, l'anorexique de ses troubles alimentaires, le psychotique de ses délires?¹³ Et quelles sont les conséquences s'il décidait, en connaissance de cause et pleine responsabilité, de ne pas s'inscrire dans le réseau, de ne pas écouter les conseils des intervenants sociaux, de ne pas prendre en considération ce qui lui est savam-

9. BASAGLIA F., *L'institution en négation*, Les éditions arkhé, 2010.

10. La question des limites est sans doute la question principale de cette réforme qui vise non seulement la «santé mentale» mais également le travail, le logement...

11. Pour la classification, il s'agit de trouver un modèle qui ne soit ni une classification naturaliste/botanique telle qu'on la retrouve dans les classifications traditionnelles de la psychiatrie (Kraepelin, par exemple), ni une classification sceptique comme le DSM qui n'est qu'un consensus entre les différents acteurs de la santé mentale (psychiatres, assurances, firmes pharmaceutiques, groupes de lobbying, etc.).

12. FEYS (J.L.), *L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte. Une introduction*, Paris: Hermann, 2009.

13. Cela rejoint les débats autour de la question de savoir si les fumeurs, les obèses, les diabétiques, etc, qui ne suivent pas leur régime peuvent encore bénéficier de la sécurité sociale.

ment transmis par le biais de la psychoéducation? Il est essentiel de ne pas oublier que, par définition, le psychotique/schizophrène n'a pas de conscience morbide et donc pas de compliance. Il ne reconnaît pas que ce que nous qualifions de délire soit un délire. Il ne reconnaît pas l'utilité de nos médicaments. Par définition, le fou¹⁴ ne sait pas qu'il est fou. Ce ne sont pas les «entretiens motivationnels»¹⁵ qui y changeront fondamentalement quelque chose. Pour toutes ces problématiques, il est impossible de trancher entre, d'une part, les droits du patient et sa responsabilité et, d'autre part, une certaine dose d'irresponsabilité et de déterminisme. Ces deux positions devront toujours être mises en tension. Dans le même ordre d'idées, la réforme ne se prononce jamais sur les délicates mais cruciales questions de la loi sur la protection de la personne, sur l'obligation de soins¹⁶ et sur la défense sociale.¹⁷ Ce sont pourtant des questions éthiques et cliniques fondamentales qu'aucun soignant ne peut éviter. Et, a contrario, il est évident que les suivis à domicile ne sont pas à l'abri d'un excès de contrôle social¹⁸ ni d'attitudes oppressives telles que les hôpitaux psychiatriques les ont connues.

Conclusion

Notre propos était de rappeler certains faits historiques et cliniques: le collectif n'a pas besoin des hôpitaux psychiatriques pour exclure certains patients; les hôpitaux psychiatriques sont des lieux de soins et de resocialisation; si d'autres lieux résidentiels doivent accueillir à l'avenir ce type de patients, ils devront disposer de moyens humains et financiers suffisants pour conserver un potentiel thérapeutique; il n'est pas possible d'éviter la question de la définition et de la classification des problématiques psychiatriques; enfin, il serait néfaste pour ces patients de trancher définitivement, dans la question du déterminisme versus la liberté et la responsabilité, en faveur du premier ou bien des deux autres.

Nous ne pouvons que répéter encore une fois que nous partageons les objectifs de cette réforme. Nous pensons qu'il est préférable que les soins s'organisent au sein de la communauté et qu'il vaut mieux éviter les hospitalisations quand elles ne sont pas indispensables, qu'il est nécessaire que ces hospitali-

sations soient les plus courtes possibles, que la continuité des soins soit assurée dès que possible au sein de la communauté du patient et que les psychiatres sortent des murs de l'hôpital (de leur centre, de leur cabinet...) pour aller à domicile si la situation clinique le requiert. Mais si cette réforme a l'ambition d'améliorer la qualité des soins en «santé mentale», il est indispensable qu'elle n'occulte pas, ni ne méconnaisse, la réalité clinique des hôpitaux psychiatriques, ainsi que la psychopathologie de certains troubles psychiatriques. Sinon, elle risque de se faire au détriment des plus faibles et d'aggraver leur exclusion.

Dr. Jean-Louis FEYS
Médecin-chef CP St Bernard-Manager
Président de la Conférence des médecins-chefs de
Bruxelles et Wallonie

14. La note de bas de page 7 explique pourquoi ce terme n'est pas péjoratif.

15. Les entretiens motivationnels sont des méthodes de communication directives, centrées sur le client, visant directement au changement de comportement.

16. Une étude anglaise, pourtant favorable à la réforme et à la fermeture de lits psychiatriques, a montré qu'une fermeture de 60% des lits augmente de plus de 60% le nombre des hospitalisations sous contrainte. KEOWN P., WEICH S., BHUI K., SCOTT J., *Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988-2008: ecology study*, BMJ, 2011, 343.

17. Même si la réforme défend qu'elle doive également s'appliquer aux patients internés, elle ne se prononce pas sur la question de l'irresponsabilité ou non de ces patients.

18. Franco Basaglia était très conscient de ce risque: à plusieurs reprises, il a dénoncé certains modèles de soins au sein de la communauté (entre autres le modèle anglais) comme des manières de déplacer le contrôle social de l'hôpital vers la communauté. (BASAGLIA F., *Psychiatrie et démocratie*, Editions érès, 2007)

L'ARTICLE DU DR FEYS A ÉTÉ
ECRIT À LA SUITE DU N° 72
DE L'OBSERVATOIRE "SANTÉ
MENTALE, LES ENJEUX DE LA
RÉFORME" - AVRIL 2012

PLUS D'INFOS SUR CE N°:
www.revueobservatoire.be

